

*Educación en medios y recursos, como
factor de prevención social*

14 y 18 de noviembre de 2000

Celebradas en la Facultad de Filología de la UDC e inauguradas por el Excmo. Sr. D. Jorge Teijeiro, Vicerrector de Relaciones Institucionales y Postgrado y la Ilma. Sr^a. D^a. M^a Xosé Martínez López, Decana de la Facultad de Filología.

Programa:

- “La planificación social en la cultura de la educación preventiva”. Prof. Xosé Leira López. Profesor Titular de Sociología - UDC.
- “La familia en la cultura de la educación en el cuidado de personas mayores dependientes”: Prof. Gerardo Hernández Rodríguez. Profesor Titular de Sociología – UDC.
- “Aspectos preventivos de la política social”: D. Santiago Porta Dovalo. Técnico Municipal Responsable de Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de La Coruña
- “Los servicios de teleasistencia. Una apuesta por la eficacia preventiva”: D^a. Sofía Currás Guerrero. Directora de Servicios Sociosanitarios de EULEN
- “La educación para la salud desde una perspectiva cultural”: Prof^a Nuria Varela Feal. Profesora Titular de E.U. y Subdirectora de la E.U. de Enfermería y Podología de la UDC.

- “La educación social ante la prevención de riesgos laborales”: D^a M^a Isabel Zamora Francisco. Ingeniero de Minas. Técnico superior en Prevención de Riesgos Laborales y Seguridad en el Trabajo e Higiene Industrial.

Ponencias y Comunicaciones. Textos y Resúmenes

LA FAMILIA EN LA CULTURA DE LA EDUCACIÓN EN EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Gerardo Hernández Rodríguez

Profesor Titular de Sociología Facultad de Sociología. Universidad de La Coruña.

1. Introducción.

Todos sabemos que una de las principales y primeras características de la enfermedad de Alzheimer es la pérdida de memoria. Y de este aspecto nos volveremos a ocupar más adelante. Pero la ancianidad, la vejez es un concepto, una situación que, indefectiblemente, está asociado, para muchas personas, con una palabra clave, la palabra pérdida.

Pérdida de autosuficiencia: necesidad de otras personas para cumplir funciones higiénicas básicas. Pérdidas económicas y de autosuficiencia material. Pérdida de funciones sensoriales (vista y oído) y locomotoras. Pérdidas afectivas y de compañía (esposo/a, hijos, amigos,...), a las que se refiere Miguel Delibes cuando nos dice que, a cierta edad, ya vamos teniendo más amigos al otro lado que a éste de la tapia (del camposanto)¹. Pérdida de capacidad física y vital (menos energía) y sexual. Pérdida de capacidad mental: menos reflejos, menos memoria. Pérdidas sociales: jubilación, etc. Pérdida o limitación en las posibilidades de comunicación, lo cual es decisivo, dada la importancia de la comunicación en la familia y en la sociedad.

Las consecuencias de estas pérdidas tienen sus repercusiones y sus efectos en el estrés, la depresión, la angustia, la falta de autoestima o la inseguridad en el propio “yo”.

Pero, ¿qué ocurre, en el caso de los ancianos dependientes, de los que padecen demencias y de los enfermos de Alzheimer, cuando los recuerdos abandonan a la persona antes que la abandone la vida?. Si la dimensión en la que vive el anciano es la del pasado, la de la memoria, la de los recuerdos, ¿cómo viven esa ancianidad quienes han perdido -al menos aparentemente- esa dimensión?. ¿Los enfermos de Alzheimer son conscien-

1 Delibes, M.: (1992) La hoja roja. Barcelona, Ed. Destino, S.A., pág. 192.

tes de que pierden su memoria y su pasado?. En caso afirmativo, ¿cómo viven y cómo sufren esta experiencia?.

Estas son preguntas para las que las familias esperan respuesta y para las que la ciencia todavía no tiene una solución definitiva.

2. La enfermedad de Alzheimer como preocupación social.

La demografía mundial actual nos sitúa, inevitablemente, ante una realidad compleja. El aumento de la esperanza de vida, merced a los avances de la ciencia, representa un factor importante que incide en la forma adquirida por la pirámide poblacional, básicamente en el número de personas mayores de 65 años. Esta realidad implica que, dado que la enfermedad de Alzheimer se asocia fundamentalmente con la etapa del envejecimiento, nos encontramos también ante un mayor número de aquejados por este mal. Es importante tener presente que se supone que en el año dos mil, una de cada cuatro personas tendrá más de 65 años en los países mediterráneos.

Es cierto que son muchos los problemas que se observan diariamente en la sociedad, sin embargo, no todos ellos deben ser tratados como verdaderos problemas sociales. Para que un problema sea considerado como problema social debe presentar determinadas características que lo definen como tal. Entre ellas encontramos el reconocimiento de su existencia por parte de la sociedad, la necesidad de implementar políticas sociales para hacerle frente y la presencia de un número significativo de casos. Solamente considerando estos tres aspectos es posible reconocer a la enfermedad de Alzheimer como un verdadero problema social.

En España, en relación con el número de personas de 65 años, en 1.981, el 11 por 100 de la población era mayor de 65 años; en 1.992 esta proporción era del 14 por 100; en el año 2.010 el 15 por 100 de la población total tendrá más de 65 años y este porcentaje se elevará en el año 2.025 al 21 por 100.

Basándonos en el estudio EURODEM (1.991), estimamos que en Galicia se elevan a 38.083 los posibles casos de demencia, aplicando los datos demográficos y la prevalencia de demencia señalada en dicho estudio. En España están diagnosticados, aproximadamente, de 350.000 a 400.000 enfermos de Alzheimer; en Europa alrededor de tres millones; y en los Estados Unidos unos cuatro millones. Se calcula que hay un enfermo en una de cada cuatro familias españolas, y se prevé que se duplicará la prevalencia en el año 2.020².

2 Insalud: (1996) Guía práctica de la enfermedad de Alzheimer. Madrid, Mº de Sanidad y Consumo.

3. Familias y cuidadores ante el enfermo de Alzheimer.

Los conflictos entre cónyuges e intergeneracionales en la familia, la disminución de los ingresos y el aumento de los gastos, el abandono del trabajo extradoméstico por parte de familiares -generalmente de las mujeres- para cuidar a sus mayores enfermos, las crisis y depresiones personales,... suelen ser algunos de los efectos negativos sobre la familia o algunos de sus miembros que conlleva la atención a estos enfermos cuando no están institucionalizados o sus familiares no reciben las ayudas necesarias para poder atenderles suficientemente en los hogares, ya que se trata de unos enfermos que no son hospitalizados por este padecimiento.

El mantenimiento de los ancianos, en general, y de los enfermos de Alzheimer, en particular, en su propio medio en condiciones adecuadas constituye, desde hace tiempo, uno de los principios básicos de la política social.

El extraordinario incremento del número de personas ancianas con alguna discapacidad -física o mental- y la temida fragilidad de las redes de atención y las dificultades humanas y económicas para hacer frente a esta nueva situación, son factores que explican el papel protagonista adquirido por las familias dentro de las políticas de bienestar y de atención social.

4. Adaptación de la familia a la situación de demencia senil.

Las familias con ancianos experimentan, frecuentemente, cambios importantes que afectan tanto a la estructura como a la economía familiar.

Actualmente se dan dos fenómenos demográficos que se reflejan en la pirámide de población, como ya ha quedado resaltado en su momento. Por una parte, el aumento progresivo de la población anciana y, por otra, la considerable disminución de la natalidad. Ambos dan lugar a diversas consecuencias, entre las cuales se pueden destacar las siguientes:

- La relación intergeneracional ha experimentado cambios considerables.
- La media de hijos por familia ha disminuido y, por consiguiente, ha disminuido también la proporción de miembros de la familia que pueden encargarse de la atención al anciano.
- En muchos casos, se da una dispersión geográfica y estructural de los miembros de la familia.

- Existe una limitación espacial en la mayor parte de las viviendas.
- Frecuentemente, varios miembros de la familia tienen responsabilidades y obligaciones profesionales ineludibles.
- Los valores sociales, actualmente, potencian más la satisfacción de las necesidades individuales que el sentido de convivencia familiar.

Estos cambios, que afectan al núcleo familiar, no parece que vayan a cambiar sensiblemente al menos en los próximos años, lo cual dará lugar a un incremento de los problemas económicos y los referidos a la relación familiar y asistencial.

En la actualidad, un número considerable de familias se enfrentan a este problema específico: el deterioro progresivo de uno o más de sus miembros, los ancianos.

Uno de los datos más relevantes aportados por el estudio coordinado por Gregorio Rodríguez Cabrero³, es que si se tuviera que pagar a cada persona que cuida en su domicilio a una persona mayor las horas que trabaja (a un coste por hora de servicio doméstico de hace tres años), el jornal de las más de dos millones de cuidadoras (ya que casi el 80 por 100 son mujeres) sería de tres billones anuales.

Según dicho estudio, (y conforme también queda demostrado en las investigaciones realizadas por nosotros⁴), siete de cada diez personas que cuidan a personas ancianas (2.269.720, según los últimos datos conocidos) son mujeres. El 85 por 100 tiene una edad superior a los 45 años y el 56 por 100 dedica a esta labor más de cuatro horas diarias, y sólo un 18 por 100, menos de dos horas.

Todo ello ratifica, por consiguiente, que la familia es la principal fuente de cuidados personales de los mayores. El 78,7 por 100 de los dependientes reciben ayuda familiar, que se incrementa al 82,2 por 100 si esa persona sufre alguna carencia física o psíquica grave.

El comienzo de una demencia como es el mal de Alzheimer, no solamente supone un problema, sino que, además, implica cambios importantes en los roles y cometidos en

3 Rodríguez Cabrero, G. (Coord.): (2000) *La protección social de la dependencia*. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO - Universidad de Alcalá de Henares..

4 Hernández Rodríguez, G. y Millán Calenti, J.C.: (2000) *Ancianidad, Familia y Enfermedad de Alzheimer*. La Coruña, Universidad de La Coruña.

la familia: ¿Quién ha de acometer el papel de cuidador?. ¿Quién tomará las decisiones ante los continuos cambios que se avecinan?. Todos los componentes de la familia, padres, esposos, hijos y otros familiares deben adaptarse a estos cambios en los roles, pues de lo contrario, tal y como señala Famighetti⁵, las tensiones familiares no resueltas se acumulan, y empeoran el problema primario de la alteración.

5. La enfermedad de Alzheimer y su impacto en las familias. La situación en Galicia. ¿Cuál es el perfil de los familiares cuidadores? ¿Qué características los definen? ¿Existe algún perfil concreto que nos acerque a las características sociodemográficas del enfermo?

De los estudios realizados entre familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer, se desprenden los siguientes rasgos básicos del familiar cuidador, que nos permitirán aproximarnos al perfil que posee nuestro objeto de estudio. En la tabla que figura a continuación, se pueden apreciar, las características sociodemográficas a las que responde la población estudiada

A la luz de los resultados obtenidos podríamos definir el perfil sociodemográfico de los familiares cuidadores de la siguiente manera:

Principalmente mujeres
Con edades comprendidas entre los 45 y 54 años
Mayoritariamente dedicadas a las labores del hogar y en posesión de una formación elemental

5 Famighetti, M.A.: (1986) "Understanding the family coping with Alzheimer's disease". En *Clinical gerontology. A guide to assessment and intervention*. T.L. Brink Ed.

Sexo	%
Hombre	10.3
Mujer	87.2
No contesta	2.6
Edad	
De 20 a 34 años	8.3
De 35 a 44 años	15.4
De 45 a 54 años	38.5
De 55 a 64 años	17.3
Más de 65 años	16.7
No contesta	3.8
Nivel de estudios	
Sin estudios	5.8
Estudios primarios	44.2
Bach. Elemental	14.1
Bach. Superior	15.4
Diplomado Universitario	9.6
Estudios Superiores	8.3
No contesta	2.6
Actividad laboral	
Desempleado	5.1
Pensionista	7.7
Amas de casa	49.4
Cuidador profesional	0.6
T. Sanitario	3.8
T. Servicios	7.1
Administrativo	6.4
Funcionario	9.6
Jefes - encargados	0.6
Empresarios	3.2
Autónomos – Liberales	1.9
Otros	3.2
No contesta	1.3

Tabla nº1. Rasgos definitorios de los familiares cuidadores

Al mencionar el estado de salud de los familiares cuidadores, sólo un 13,5 por 100 considera que es malo (quizá porque piensan que no se pueden permitir “ese lujo” ya que si su salud fuera mala, ¿quién cuidaría al enfermo?). Un 36,5 por 100 estiman que es buena y la mitad que regular, pero un 48,7 por 100 considera que su salud ha empeorado algo desde que cuida al enfermo y un 28,2 por 100 que ha empeorado mucho, acusando un 18 por 100, fundamentalmente, la aparición de dolores musculares u óseos desde que cuida al enfermo, un 10,9 por 100 trastornos del sueño y un 33,3 por 100 diversos tipos de molestias acumuladas.

Merece la pena destacar que, entre quienes consideran que su estado actual de salud es bueno, un 32,9 por 100 y un 9,1 por 100, respectivamente, acusan haber empeorado algo o mucho, desde que cuidan a su familiar enfermo. Estos porcentajes se elevan al 61,8 por 100 y al 59,1 por 100, respectivamente, entre quienes estiman que su estado actual de salud es regular. Y para un 31,8 por 100 de los que consideran mala su salud, la dedicación al enfermo le ha supuesto un empeoramiento importante.

Sin embargo, pese a todo ello, un 36,5 por 100 cree tener la salud suficiente para seguirle cuidando siempre y un 47,4 por 100 a veces. De los que han respondido que su estado de salud ha empeorado algo, el 38,2 por 100 se ve siempre con salud suficiente para cuidar al enfermo. Lo mismo les ocurre al 9,1 por 100 de quienes declaran que su salud ha empeorado mucho.

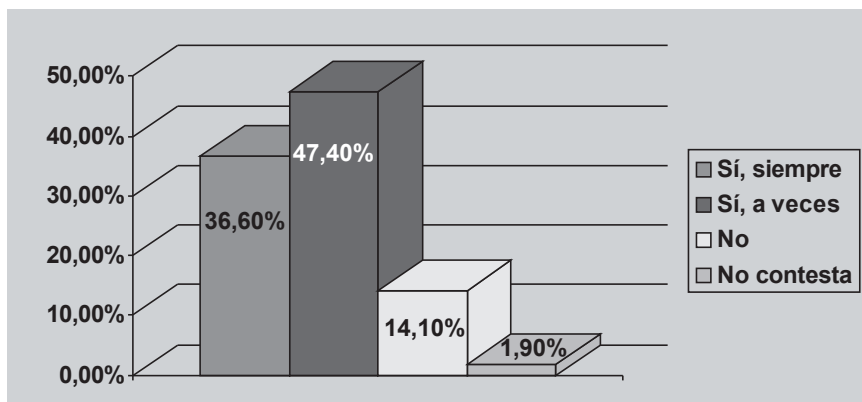


Gráfico nº 2. ¿Cree Ud. tener la salud suficiente para cuidar al enfermo?

El sentir que cuidar al enfermo es estar cumpliendo con un deber, es con lo que se identifica la mayoría (63,5 por 100); un 13,5 por 100 dice que tal cometido le sienta

bien y un 21,8 por 100 se ve afectado excesivamente. Y la mayoría (84,7 por 100) es consciente de que el cuidado del enfermo exige algún tipo de sacrificio. Pero también, más de la mitad (56,4 por 100) declara abiertamente que, comparándola con otras situaciones, la de cuidar a un enfermo de Alzheimer es imposible de realizar por parte de una sola persona.

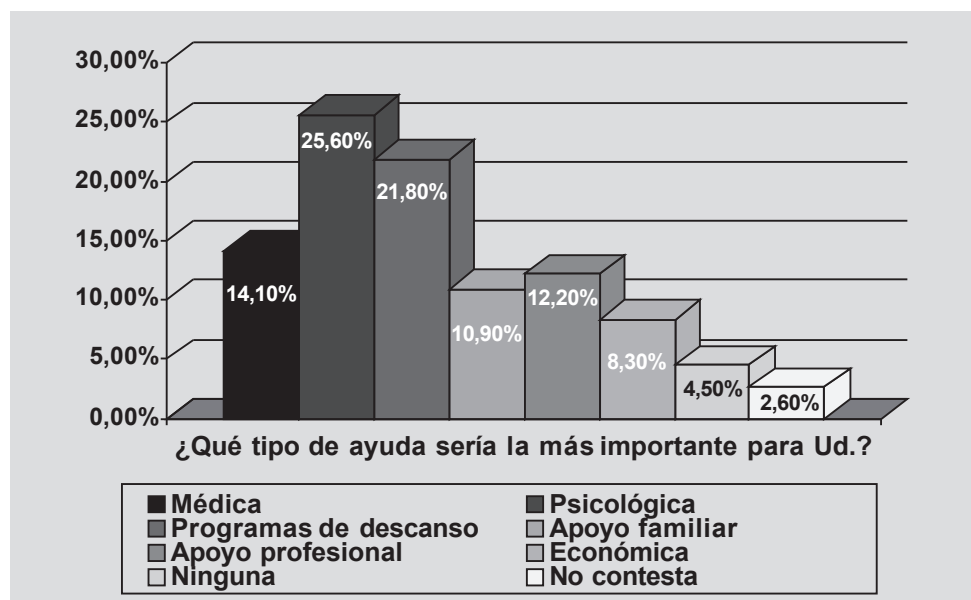
La afectividad y los sentimientos de cariño y comprensión (52,6 por 100) prevalecen sobre los efectos molestos (7,1 por 100) derivados de la conducta del enfermo, aunque ésta provoca sensación de desconcierto para un 38,5 por 100. Este hecho nos lleva, indefectiblemente, a la conclusión de que existe, en el seno de la familia, una actitud de apoyo y voluntad de ayuda y que sólo el desconocimiento de las características y efectos de la enfermedad provocan ese desconcierto. De ahí la importancia de formación y apoyo para los familiares cuidadores. Además, cerca de las tres cuartas partes de estos cuidadores opinan que les sería muy beneficioso algún tipo de ayuda psicológica. Todos los hombres cuidadores estiman positiva esta ayuda y son las mujeres con edades intermedias, entre los 30 y los 50 años, las que consideran más útil esta ayuda.

Sabido es que la mayoría de los cuidadores son, realmente, cuidadoras. Son las mujeres, esposas, hijas y nueras las que suelen hacerse cargo del cuidado del enfermo. Y esta dedicación casi permanente durante un número importante de años, en no pocas ocasiones provoca procesos de distanciamiento entre los esposos, cuando no de enfrentamientos. Las cuidadoras son conscientes, y así ha quedado también manifestado y expuesto, que esta constante dedicación y la pérdida de contactos con el mundo exterior, da lugar frecuentemente a abandono en el cuidado y la atención personal propia y a estados de irritabilidad que desembocan en ese aludido distanciamiento entre los miembros de la pareja, a pérdida de autoestima, depresiones y conflictividad con otros miembros del núcleo familiar. En este punto parece oportuno recordar, como planteamiento más idóneo, que no haya un solo cuidador o cuidadora, sino que la responsabilidad y el trabajo sean diversificados y compartidos.

La inmensa mayoría (86,5 por 100) se siente satisfecha con su forma de cuidar al enfermo y un 43,6 por 100 considera que en la práctica resuelve sin dificultad los problemas generados por el enfermo, mientras que para más de la mitad (50,6 por 100) estos problemas sí son difíciles de resolver y un 3,8 por 100 declara abiertamente que no sabe resolverlos. Esto nos lleva, nuevamente, por un lado, a la anteriormente mencionada necesidad de diversificar y compartir la responsabilidad de la atención al enfermo y, por otro, al tema de la información y formación para estos cuidadores, lo cual les permite afrontar, con mayor preparación tanto en conocimientos como física y psíquica, la

tarea acometida. Y este es un cometido que están desarrollando de forma principal las asociaciones de familiares.

La situación que estamos contemplando constituye, a nuestro juicio, una realidad ciertamente grave que requiere de una seria reflexión, tanto para hacer llegar al ánimo de todos los parientes del enfermo la oportunidad de la colaboración y la responsabilidad compartida, no dejando descargar en uno o dos personas toda la carga del trabajo, con los consiguientes efectos negativos, como para poner todos los medios necesarios y posibles para que no se produzca ese deterioro en la calidad de dedicación en el seno familiar. Pero, en cualquier caso, insistimos en que también es precisa la corresponsabilidad en las tareas domésticas y en la atención al enfermo dentro de las familias nucleares. Mientras los hombres -maridos e hijos- sigan diciendo y considerando que “ayudan” en casa, mientras las mujeres -esposas, madres o hermanas- sigan diciendo que les “ayudan”, mientras no se sustituya esta expresión por la de “responsabilizarse de”, la mayor parte del trabajo recaerá sólo en una parte de la familia.



Los cuidadores, quizá forjados ya en la solidaridad y en la entrega a través de su duro quehacer, no sólo son útiles a sus familiares enfermos, sino que, además, saben sacar de sí las fuerzas suficientes como para ser útiles a los demás, puesto que un 46,2 por 100 todavía son capaces de dar apoyo, de alguna forma, todos los días a otras varias personas.

Por lo que se refiere a las ayudas solicitadas o deseadas, para los hombres, las preferentes son las económicas y las de apoyo psicológico para el cuidador, mientras que las mujeres, que llevan el peso de las tareas domésticas además del cuidado al enfermo, juzgan como más útiles los programas de descanso. De entre los cuidadores, considerando a los de uno y otro sexo, para un 21,8 por 100 lo más importante son los programas de descanso; el 14,1 por 100 estima que es la ayuda médica lo que más precisa; el 12,2 por 100 el apoyo profesional (en donde cabría colegir que algunos están pensando en el psicólogo o el médico); el 10,9 por 100 desea más soporte familiar y solamente el 8,3 por 100 estima que, en su caso, la económica sería la ayuda más necesaria.

La mayoría de los familiares cuidadores gallegos (78,2 por 100), dicen no haber pensado en institucionalizar al enfermo y de entre aquellos que si lo pensaron, y de los cuales más de las dos terceras partes son hombres, lo hicieron por estimar que no disponían de tiempo suficiente para atender adecuadamente al enfermo o por diversas razones acumuladas entre las que estaría el exceso de trabajo, la falta de apoyo o el cansancio, entre otras.

6. Conclusiones

La familia, en este terreno como en tantos otros, y como sostiene el profesor Juan Díez Nicolás, lo es todo; no existen las llamadas fuerzas u organizaciones intermedias. Todo se espera del Estado, pero todo se resuelve en las familias. La familia, en lo afectivo y en lo económico, es el colchón amortiguador de no pocos problemas sociales.

Es obvio que las familias -o al menos la mayor parte de ellas- ponen el amor y el esfuerzo físico, psíquico y buena parte del económico. A las instituciones públicas, desde la Política y los Servicios Sociales, les corresponde poner los medios.

Para las familias con enfermos de Alzheimer, la presencia de éste supone un importante impacto emocional, lo que frecuentemente se traduce en aparición de situaciones de fuerte dependencia y complejos para los cuidadores principales (que generalmente suelen ser mujeres, desajustes conyugales, limitación en la dedicación a otros miembros, como por ejemplo los hijos menores, aumento considerable de los gastos y disminución en los ingresos al tener que renunciar muchas mujeres a sus trabajos extradomésticos. Y, además, las prioridades de los cuidadores del enfermo de Alzheimer son, en general: primero el enfermo, después los elementos de la familia que conviven en el mismo hogar, luego la familia no conviviente, a continuación el entorno social inmediato y, por último, ellos mismos.

Una larga y exclusiva dedicación al cuidado de un enfermo con el mal de Alzheimer u otras demencias, repercute muy frecuentemente de forma negativa en la salud física y/o psíquica de más de las tres cuartas partes de los cuidadores principales, aunque éstos subordinan su propio bienestar a la responsabilidad de su compromiso personal en el cuidado del familiar enfermo, en donde el sentido del deber juega un papel determinante, respondiendo con un fuerte espíritu de entrega, sacrificio y dedicación a los desgastes experimentados en su estado de salud. Y, además, incide algo o completamente en los proyectos de vida futura de la inmensa mayoría de los cuidadores.

Para los familiares de enfermos de Alzheimer una de las cosas más importantes es no sentirse solos. De ahí que se conceda mucha importancia al asociarse en beneficio de sus propios intereses, lo que es, según los mismos, una necesidad puesto que es en estos momentos, a la hora de superar los factores adversos de la enfermedad y, especialmente, si no se cuenta con el apoyo y comprensión de algunos sectores de la sociedad y de parte de la propia familia, cuando las asociaciones de esta naturaleza pueden desempeñar una destacada e imprescindible labor. Porque, a la hora de la verdad, en casi la mitad de los casos, la responsabilidad con respecto al bienestar y al cuidado del enfermo la asume solamente el núcleo que convive con él

Un buen medio para alcanzar estos objetivos es la pronta puesta en marcha del Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias en los términos en que ha sido elaborado e incorporando las propuestas y sugerencias hechas desde las Asociaciones y otros sectores sociales implicados en el tema.

Se deben de fomentar los grupos de apoyo dirigidos por expertos cualificados e incluso por los propios familiares con experiencia demostrada que ayuden a superar los síntomas y los problemas psicológicos generados por el cuidado, sobre todo en mujeres, a las que parece afectar más la situación en cuanto a los desórdenes afectivos, no siendo mala práctica la instauración de programas de terapia familiar.

Nosotros, por nuestra parte, proponemos asimismo que, como medio eficaz de detección precoz, en todas las instituciones y entidades, así como en las empresas, tanto públicas como privadas, que tengan personal empleado con edades de 55 años o más, antes de proceder a su jubilación, jubilación anticipada o cese en su actividad profesional por cualquier otra causa o circunstancia, se efectúe un reconocimiento adecuado, empleando para ello los métodos y sistemas que proceda para detectar y diagnosticar cualquier tipo de demencia que pudiera parecer, tanto si se trata de fases incipientes como ya más avanzadas, pasando a continuación el historial al médico de Atención Pri-

maria o de familia para que, una vez el trabajador fuera de su centro de trabajo, pudiera ser objeto de seguimiento y control.

Con este sistema, que no implicaría mayores costes económicos para la Sanidad pública, ya que sería asimilable a los reconocimientos periódicos que se practican u ofrecen a los trabajadores, se podría detectar precozmente un número importante de casos y adoptar las medidas oportunas.

Parece evidente, ante una realidad sociodemográfica del envejecimiento y de las peculiaridades y circunstancias concretas que concurren en torno a los enfermos de Alzheimer y sus familias, como las aquí contempladas que, desde una perspectiva humana y sociológica, es insoslayable el desarrollo y, en su caso, la creación de un medio efectivo y afectivo favorable en torno a la figura del anciano, tanto en el medio familiar como en el social en toda su amplitud, lo cual, en definitiva, es competencia de la familia, las instituciones y la sociedad, y que éstas no pueden ni deben eludir a fin de que las familias encuentren el apoyo que, en muy diversos órdenes precisan, y se camine hacia una ancianidad y una vejez -que será la nuestra- nueva y mejor.

7. Bibliografía

- Delibes, M.: (1992) *La hoja roja*. Barcelona, Ed. Destino, S.A.
- Famighetti, M.A.: (1986) "Understanding the family coping with Alzheimer's disease". En *Clinical gerontology. A guide to assessment and intervention*. T.L. Brink Ed.
- Hernández Rodríguez, G. y Millán Calenti, J.C.: (2000) *Ancianidad, Familia y Enfermedad de Alzheimer*. La Coruña, Universidad de La Coruña.
- Insalud: (1996) *Guía práctica de la enfermedad de Alzheimer*. Madrid, Mº de Sanidad y Consumo
- Rodríguez Cabrero, G. (Coord.): (2000) *La protección social de la dependencia*. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO - Universidad de Alcalá de Henares.

ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA POLÍTICA SOCIAL

(Resumen)

Santiago Porta Dovalo.

Técnico Municipal Responsable de Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de La Coruña

Prevenir la aparición de problemas y, en su caso, de los conflictos de carácter social, es uno de los elementos principales de las políticas sociales, muy especialmente de la fase en la que estas tienen una mayor presencia en la vida cotidiana de las personas.

Podríamos definir, de una forma claramente sujeta al debate, que la política social es aquella parte de la política que tiene por objeto analizar las relaciones que se dan entre las personas y, en otros casos, entre los grupos en los que se categoriza la vida de las personas; asimismo es importante, para que la prevención pueda ser realmente eficaz, que tengamos en cuenta que los problemas sociales se pueden producir también en el interior de los grupos en la medida que estos lo conforman personas y que por tanto sus relaciones son potencialmente problematizables y tantas veces, problemáticas.

La prevención que se incluye como uno de los aspectos esenciales de la política social tiene dos elementos que se singularizan respecto a otros que no vamos a tratar hoy:

1. Las acciones que tienen por objeto prevenir problemáticas y/o conflictos sociales deben formar parte con carácter transversal de todos los programas que se efectúan en el ámbito social. Cuando una actividad social es susceptible de ser problemática o conflictiva es, siempre, susceptible de ser evitada, prevista y prevenida, o al menos de que sus efectos mas indeseables se mantengan en el ámbito de lo socialmente asumible.
2. Los programas de prevención incluidos en las políticas que tienen a las relaciones sociales como objeto de intervención, son muy difícilmente medibles y, por tanto, evaluables.

En esta ciudad, en La Coruña, en los finales del siglo XX, estamos bien orgullosos de las políticas sociales que desde el Ayuntamiento estamos llevando a cabo. Desde hace muchos años dedicamos mucha de nuestras energías, y forman parte inseparablemente de todos los programas, a las acciones que sean capaces de promover hábitos, actitudes, valores que sean incompatibles con la tendencia a la problematicidad de las relaciones sociales.

Seguramente no es casual, algo tendrá que ver con el hecho de esta forma de programación, el hecho de que en La Coruña apenas hay conflictividad social. Es cierto, no podría ser de otra forma, que las relaciones personales y grupales, así como la propia biografía de las personas y las múltiples incidencias de carácter social que como tales sufrimos, no pueden ser del todo evitadas, pero si pueden ser objeto de preparación para que cuando se presenten puedan dar paso a políticas de intervención que sin duda serán mas eficaces.

Finalmente, constatar que la metodología que hemos implantado en los servicios sociales municipales de considerar los aspectos preventivos como elementos transversales, no siempre iniciales o no necesariamente iniciales, de la programación que conforma la política social municipal, está siendo objeto de revisión permanente. La dinámica de la sociedad, por tanto su problematicidad y su conflictividad, es cambiante y lo es muchas veces de forma muy acelerada. De ello tenemos que estar muy atentos cuando incorporamos los módulos o las fases de prevención a dichos programas.

LOS SERVICIOS DE TELEASISTENCIA. UNA APUESTA POR LA EFICACIA PREVENTIVA

Sofía Currás Guerrero.

Directora de Servicios Sociosanitarios de EULEN

1. Definición

La Teleasistencia es el instrumento adecuado que facilita la posibilidad de seguir viviendo en su domicilio a aquellas personas que pueden necesitar una intervención inmediata en situaciones de crisis o emergencia, bien por vivir solas o por convivir con alguien que tiene disminuidas sus facultades y no pueden hacer frente a una emergencia.

Actualmente el Servicio de Teleasistencia también se concibe como apoyo a otros servicios domiciliarios (Servicio de Ayuda a Domicilio, Hospitalización Domiciliaria, etc) y, cada vez más, como una práctica más de prevención.

Básicamente consiste en un sistema que permite establecer, a través de la línea telefónica, una comunicación directa y permanente entre el usuario y el Centro de Atención, dotado de los medios humanos y materiales necesarios, durante todas las horas del día,

todos los días del año, y recibir atención personal de profesionales que resuelven el problema.

2. Objetivos

El servicio de Teleasistencia pretende:

- Prestar apoyo paralelo y global al Servicio de Ayuda a Domicilio (S.A.D.) para aquellas personas que carecen de autonomía personal y familiar.
- Aliviar el abandono en el que se encuentra un elevado número de personas, lo que permite eliminar gran parte de la carga emocional negativa que pueden sufrir debido a su aislamiento.
- Detectar al momento cualquier eventualidad que pueda producirse en el entorno del usuario.
- Movilizar los recursos necesarios y precisos a fin de atender la situación planteada en el menor tiempo posible.
- Apoyar de forma inmediata al usuario demandante.
- Ofrecer tranquilidad y seguridad, en su casa, a las personas mayores que viven solas o permanecen solas muchas horas del día.
- Apoyar a las familias que se quedan con sus ancianos en casa, proporcionándoles un servicio que les permita compaginar la atención de éstos con un mínimo de vida propia.

3. Equipo humano

Es el componente esencial y más prestigioso del servicio, puesto que éste va dirigido a las personas y trata de dar respuesta a sus necesidades.

Son profesionales capacitados, cuya experiencia les convierte en expertos conocedores de la condición social y humanista del Servicio.

La formación es continua, en las más variadas materias:

- Primeros Auxilios
- Atención Telefónica

- Informática
- Psicología de la persona mayor
- Principios de la Gerontología
- Atención al cliente
- Deontología profesional
- Etc.

4. Usuarios a los que va dirigido el servicio

- Para todas aquellas personas que conciben el servicio como una práctica más de prevención.
- Para aquellos que necesitan apoyo a otros servicios domiciliarios de los que son usuarios (Servicio de Ayuda a Domicilio, Hospitalización Domiciliaria, etc.).
- Personas con algún tipo de enfermedad, que puedan presentar procesos agudos de urgente atención.
- Personas con problemas de autonomía personal con riesgo de accidentes domésticos.
- Personas en situación de aislamiento social, que vivan solas o permanezcan gran parte del día en soledad o convivan con personas mayores o de riesgo social.
- Personas con riesgo de malos tratos, que puedan necesitar ayuda urgente en caso en que estos se produzcan.
- Etc.

Por razones obvias se excluyen, **siempre y cuando vivan solas**, a las personas con demencia grave, enfermedades mentales no controladas, así como personas con severos problemas de audición y lenguaje. Dichas limitaciones pueden ser motivo de incapacidad para solicitar ayuda y/o falta de discernimiento ante una situación de emergencia.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA CULTURAL

Prof^a Nuria Varela Feal. Profesora Titular de E.U. y Subdirectora de la E.U. de Enfermería y Podología de la Universidad de A Coruña. Campus de Ferrol

Desde tiempo inmemorial sabemos que los conocimientos y las prácticas en relación con la salud son muy importantes, tanto para la prevención como para la curación de enfermedades.

Durante siglos, los conocimientos, actitudes y prácticas de salud tanto positivas (beneficiosas para la salud) como negativas (perniciosas para la salud) han pasado de unas generaciones a otras influenciadas por las creencias, los valores, los conocimientos, las conductas, los hábitos, etc..., en definitiva, han pasado inmersos en sus diferentes contextos culturales.

En este sentido enmarcaré la necesidad de la Educación para la Salud (EpS), desde una perspectiva cultural, o si me lo permiten, y creo que mas acertadamente, desde una perspectiva “no tradicional”.

Debemos tener en cuenta que, la Educación para la Salud es un derecho recogido en disposiciones internacionales como la Declaración de Alma-Ata, el programa de Salud para Todos en el año 2000, la Carta de Ottawa, el Documento Salud XXI, etc...

En España este derecho se encuentra recogido en la Constitución, en la Ley General de Sanidad, y en la LOGSE...

Sin embargo, a pesar de la existencia de este amparo legal y administrativo, cuando intentamos definir Educación para la Salud, podemos encontrarnos con tantas definiciones como profesionales u organismos interesados existen en el tema.

En todas ellas se hace hincapié, bien en las conductas o bien en los procesos participativos. Pero, además podemos observar un nexo común, su objetivo, es decir:

“la modificación, en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades”

Para Modolo, “*La Educación para la Salud se expresa en términos de **un valor** de la comunidad que le ofrece la capacidad de enfrentarse, individual y colectivamente, a comportamientos, estilos de vida y medio ambiente en un sentido participativo y amplio*”.

Lo que parece evidente es que la modificación de conocimientos y actitudes es el vehículo del cambio de los comportamientos.

Llegados a este punto, el problema que se nos plantea, cuando queremos que se cumpla el objetivo citado anteriormente, es simplemente dar respuesta a la pregunta de **¿Cómo hacerlo?**.

Es entonces cuando se hace evidente que no basta con buena voluntad y entusiasmo, sino que se trata de un trabajo arduo, en el que, en numerosas ocasiones los resultados obtenidos se alejan de los esperados.

La Educación para la Salud es un amplio conjunto de pensamientos y de acciones, programadas o no, en unos contextos temporo-espaciales, culturales, sociales, económicos, y políticamente determinados.

Además, debemos tener presente que la EpS supone una reflexión para la práctica, distanciándose de otros procesos similares, como formación, condicionamiento, adiestramiento, manipulación..., *así, a un animal se le puede amaestrar y conseguir de él hábitos adecuados. En las personas esto debe ser un proceso educativo, haciendo uso de la inteligencia y de la libre voluntad.*

Al mismo tiempo, hay que distinguir entre la EpS formal y programada, de la EpS que tiene lugar de forma difusa a través de los mecanismos sociales informales. La educación es formal cuando está estructurada, por ejemplo, en el curriculum escolar y es informal cuando el niño aprende de la familia, del entorno, etc...

Que debamos distinguir las no significa que sigan trayectos diferentes, todo lo contrario, para la consecución de óptimos resultados los profesionales de EpS deberemos intentar integrarlas.

En el desarrollo de la Eps se aprecian tres generaciones, las cuales van en paralelo con los cambios sociopolíticos, la evolución de la clasificación de las enfermedades y de los factores de riesgo.

Así, hablamos de:

1. La educación para la salud informativa “o tradicional”

En este modelo se identifican dos líneas de actuación. Una línea “autoritaria”, que

obliga a las personas a seguir las NORMAS, y donde estas normas son consideradas “decálogos” de salud, naturalmente buenos y por supuesto no discutibles.

Y una línea “democrática” la cual reclama una información neutral. *Tanto la autoritaria como la democrática son informativas, sin embargo, la primera implica coacción, paternalismo, obligación de respetar al comunicante, mientras que la segunda se informa, pero se deja libertad al usuario para decidir en relación a la información recibida, por eso es democrática.* La diferencia entre una y otra es la capacidad de decisión.

Si bien, ambas líneas no tienen en cuenta la pluriculturalidad, es decir que determinadas conductas pueden ser deseables en una cultura e indeseables en otras.

Se trata, en este caso de una mera **transmisión de conocimientos**, con **intención prescriptiva e instructiva**, desde el entendido al profano.

Es decir, se demanda de las personas una actitud de obediencia: las personas deben pasar a hacer lo correcto, ya que los profesionales objetivamos que están haciendo lo incorrecto, y esperamos que nos obedezcan en el cumplimiento de las normas. En este sentido, la relación que se establece entre los profesionales que ocupan de la Eps y la comunidad, grupo o personas, es una relación jerárquica y paternalista.

A pesar de que este modelo está totalmente desacreditado en la práctica aún sigue muy presente, mal que nos pese a muchos profesionales.

2. Un segundo enfoque: La educación para la salud centrada en el comportamiento

Hacia los años sesenta, se produce el desarrollo de estos planteamientos, en parte debido a la necesidad de encontrar respuesta a la elevada mortalidad cardiovascular y oncológica asociada a estilos de vida no saludables.

Su objetivo es conseguir comportamientos saludables y la información es sólo una parte del proceso.

Es, en este momento puntual cuando se abre el discurso a los factores sociales y culturales, al análisis de las motivaciones y resistencias, de los instrumentos educativos y persuasivos que posibilitan el cambio, pero, aún no dejaban de estar centrados en la conducta de los individuos.

Este modelo sigue dejando a un lado otros aspectos determinantes como: el concepto de persona como individuo unitario, como ser único en sus experiencias relativas a su salud y enfermedad, es decir **valorar las diferencias individuales en la experiencia con la salud o enfermedad.**

Sigue centrado en la manifestación de una realidad externa y objetiva, donde el que el que tiene acceso a esa realidad necesariamente estará en lo correcto y aquellos que no, estarán equivocados. Nace así el concepto de culpabilidad donde “yo soy peligroso para mi salud”, “soy el culpable de mi estado de salud”, por que no estoy haciendo lo correcto.

Este enfoque sería fuertemente criticado con posterioridad porque era una clara culpabilización de la víctima.

Analicemos esto a través de un escenario:

Un profesional en Eps, tiene unas sesiones para dejar de fumar cada semana dirigido a enfermos cardiovasculares y sus familias. El especialista proporciona información relevante acerca de los riesgos del tabaco y además promueve una variedad de estrategias para los que disminuyan o eliminen el comportamiento de fumar.

Sin embargo, el profesional se encuentra abrumado por la gran cantidad de respuestas que se dan en sus intervenciones. Algunas personas dejan de fumar casi inmediatamente, otros disminuyen su habito de fumar, mientras que otros permanecen firmes en sus habitos. Las personas que se encuentran en esta ultima categoría, pueden ser definidos rápidamente como que no se adhieren al programa, que son resistentes.

En consecuencia, se basa en una perspectiva juzgadora y culpabilizadora.

3. Ya por último el tercer enfoque: La educación para la salud participativa

Esta perspectiva va surgiendo poco a poco, ante las carencias que se han evidenciado, con el fracaso de numerosos programas, en los enfoques anteriores.

Está ligada a la cultura, a lo social, a una visión democrática. Propone alternativas de cambio social y potencia la participación.

No he venido ha este foro a establecer una polémica entre las diferentes corrientes, ni a propugnar que unas son mejores que otras. Al contrario, abogo por la complemen-

riedad de unas con otras, con el fin de resolver de la manera más eficaz posible las situaciones que se nos plantean como profesionales de EpS.

Sin embargo, lo que si me gustaría hacer amparándome en el título de mi exposición es incidir sobre la importancia de tener en cuenta la variable cultura, la variable social y la variable de percepción, en nuestras acciones de EpS.

Numerosas investigaciones han demostrado claramente que las conductas humanas no dependen sólo de factores internos del individuo, sino que dependen también en gran medida de factores externos al individuo, como los ambientales, los sociales y por supuesto los culturales. También se ha demostrado que las acciones de Educación para la Salud dirigidas sólo a individuos han sido muy poco eficaces en la modificación de los comportamientos individuales fuertemente enraizados en la sociedad y enmarcados culturalmente.

El hecho cultural es un factor de enorme importancia en el campo de la salud, pero tampoco el único. Así Maturana y Varela nos recuerdan que “el mundo que todos ven, no es el mundo, sino un mundo que nosotros creamos con los otros”. Cada respuesta que damos en nuestra vida cotidiana, depende de nuestra estructura individual, de nuestra composición genética, del medio ambiente en el que vivimos, de la cultura, de nuestras relaciones, elecciones y creencias, de nuestra situación en el espacio y en el tiempo, y de nuestros proyectos.

La demanda y la oferta de atención a los problemas de salud es un fenómeno estructural y universal, que da lugar al desarrollo de saberes y experiencias colectivas e individuales específicas que se transmiten de generación en generación.

Este conjunto de saberes y prácticas lo llamamos **proceso de salud-enfermedad-atención**, y lo definimos como *el conjunto de representaciones y prácticas culturalmente estructuradas de las que cualquier sociedad se dota para responder a las crisis derivadas de la enfermedad y la muerte*.

Pongamos un ejemplo, en los brotes epidémicos del Ebola, los epidemiólogos observaron que los africanos actuaban exactamente a la inversa que los blancos.

Los blancos concentraban a los enfermos en los hospitales, de manera que éstos se convertían en los núcleos de la expansión de la epidemia.

Los ancianos del lugar, en cambio, suspendían las actividades sociales colectivas para evitar la diseminación de la enfermedad, aislaban a los enfermos en cabañas, y les alimentaban a distancia hasta que morían o se salvaban. Si sucedía lo primero, quemaban la cabaña; si sucedía lo segundo, el enfermo se incorporaba a la colectividad. Cuando el brote se paraba, la vida social podía reanudarse. Aceptar la muerte de unos cuantos aseguraba la supervivencia del grupo, en una situación carente de recursos terapéuticos específicos.

Este ejemplo choca con nuestra mentalidad, pero nos pone de manifiesto **la existencia de diferentes representaciones culturales** de la enfermedad, la salud, el sufrimiento. **Así, en función de la forma en que se construyan estas representaciones, la realidad que observemos será una u otra.**

Por ejemplo, el sistema de creencias religiosas de una cultura determinada puede ser un filtro para la información que se transmite; y como ocurre en el caso concreto del SIDA en algunas situaciones generar intransigencia y a veces incluso ignorancia. Este colectivo, por lo tanto, tiene una representación de la realidad diferente de la de los demás, pero por ello no debe ser obviada de ningún modo por parte de los profesionales.

En la actualidad, muchos de los esfuerzos centrados en torno al SIDA, **se centran en la prevención**. En el desarrollo de estas campañas de prevención, se han podido constatar como los factores culturales determinan el éxito o el fracaso de tales intervenciones.

Así, en una región africana, se ha desarrollado un programa de prevención del contagio basado en la utilización del preservativo. El resultado de dicho programa ha sido catastrófico. Les intentaré explicar brevemente la causa. Los hombres del área consideran que el hecho de mantener relaciones sexuales “plenas y completas”, (sin una barrera física) alarga su vida, ésta es una creencia profundamente arraigada en su marco cultural. Por otro lado la intervención, es decir la recomendación del uso del preservativo, lo entienden bajo su punto de vista cultural como un impedimento para llevar a cabo tales relaciones sexuales.

En definitiva, no podían entender porqué usar preservativo les va salvar la vida, si al mismo tiempo, según sus creencias, el hecho de usarlos les impide alargar su vida.

Se les plantea una decisión, decidir entre algo que les propone un extraño o algo que está profundamente enraizado, y que además les ha valido para sobrevivir durante muchas generaciones.

Sin duda, ante esta situación tendríamos más posibilidades si la intervención hubiese tenido en cuenta el estrato cultural de su población para poder abordarlo de una manera más integral, es decir, si tuviéramos en cuenta su forma específica de construcción de la realidad.

Para poder establecer una perspectiva cultural desde la EpS, los actores implicados, es decir, los profesionales, las personas y sus redes sociales respectivas deben desarrollar una experiencia intersubjetiva mediante la cual traten de comprenderse de la mejor manera posible. Eliminar los juicios predeterminados acerca de lo que es correcto o verdadero, o de que existe una forma correcta y otra incorrecta de hacer las cosas.

Esta manera de observar las relaciones tiene gran trascendencia en la EpS. Porque en definitiva, **la educación para la salud no se hace para los individuos sino con los individuos**.

El ser humano ha creado nuevos imperativos culturales cada vez más complejos, que son imprescindibles, no para subsistir, sino para mantenerse y avanzar en la forma humana de vida.

Llegamos incluso a tener que hablar de subculturas dentro de cada cultura, “cultura de la vejez”, “cultura de la adultez”, “cultura de la adolescencia”, etc... conforme varía la experiencia del tiempo, se modula la condición humana; cambia el ritmo de vida, el significado que se da a las realidades, el modo de interpretarlas, las expectativas....

Así, por ejemplo, el adolescente está formado por un amplio complejo de tendencias ricas pero difíciles, ambivalentes y hasta contradictorias. De hecho si definimos la adolescencia, tendríamos que hacerlo como etapa de formación en términos fisiológicos, psicológicos, sociológicos y culturales. Por lo tanto, cualquier intervención en esta subcultura debería tener en cuenta todos estos parámetros con el fin de alcanzar los mejores resultados.

Entendemos, llegados a este punto, que la Educación para la Salud interviene ayudando al hombre para que su adaptación sea óptima de forma que genere una vida más saludable. Entendida, como una respuesta a la necesidad de ser, de sentirse y de ser reconocidos como personas libres, felices, útiles, en medio y al lado de los demás, y como parte activa y consciente de toda la sociedad y dentro de una cultura en particular.

Los profesionales de Educación para la Salud que queremos llevarla a cabo dentro de una perspectiva cultural o mejor dicho “no tradicional”, englobando los aspectos culturales, las experiencias, elecciones, creencias, la percepción que cada individuo o grupo tiene de su salud o enfermedad, debemos huir de dos grandes enemigos, los cuales han llevado al fracaso a muchos programas de intervención. Éstos son:

1. **El etnocentrismo:** entendido como la creencia de que los propios valores, creencias y maneras de conocer y hacer son las mejores o son superiores a otras. Los problemas se acucian cuando estas creencias son muy fuertes y controlan de manera no deseable a otros que son culturalmente diferentes.

Por ejemplo,

“cuando intentamos cambiar los hábitos nutricionales de una embarazada que es vegetariana, que posiblemente se niegue a introducir en su dieta proteínas de origen animal argumentando que eso está en contra de sus principios.

Si adoptamos una postura etnocéntrica, no lo entenderemos, porque bajo nuestro punto de vista el perfecto desarrollo del bebé es lo que prima. Y no podemos concebir que pueda haber una madre que arriesgue el bienestar de su hijo por algo tan irrelevante como si come o no come proteínas de origen animal”.

2. **La imposición cultural:** es la tendencia a imponer los propios valores, creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo limitando su libertad y no respetando su condición de ser humano.

Siguiendo con el ejemplo anterior, adoptamos una imposición cultural cuando tratamos por todos los medios de imponer a la madre embarazada una dieta con proteínas animales. No queremos entender sus argumentos, ni los tenemos en cuenta, pensamos que el simple hecho de decirle lo que le puede pasar al bebé la asustará y así lo hará, es decir buscamos en la madre una actitud culpabilizadora. Si lo conseguimos, en cierta medida podríamos atrevernos a decir que hemos cumplido parte de la Educación para la Salud, pero que quede claro que solo parte.

Y si no lo conseguimos, es que no hemos utilizado todos los medios a nuestro alcance. Podemos intentar ponernos en su perspectiva cultural y adaptar en la medida de lo posible la alimentación a sus ideas (proteínas de alto valor biológico pero de origen vegetal, negociar la incorporación de pequeñas cantidades de proteínas animales, etc..)

La lección que podemos aplicar de todo esto es que incluso en las mejores circunstancias existen grandes inconvenientes para el cambio de conducta de los individuos y para el mantenimiento de esos cambios comportamentales en el tiempo.

Es muy difícil que las personas modifiquen sus hábitos de vida cuando diversas fuerzas económicas, sociales, culturales e individuales actúan en contra de esos cambios.

Para conseguir una adecuada Educación para la Salud, este proceso educativo debe ser cauce y expresión de la cultura y de cada contexto individual que le condiciona, porque la manera en que la persona vive la salud y la enfermedad, está determinada, como ya hemos dicho: *por nuestra estructura individual, nuestra composición genética, del medio ambiente en el que vivimos, la cultura, nuestras relaciones, elecciones y creencias, nuestra situación en el espacio y en el tiempo, y nuestros proyectos.*

Así, para recomendar una dietoterapia, por ejemplo, antes es necesario que el profesional tome conciencia de que la comida no es sólo *un calmar el hambre llenando la tripa*, y también es preciso que recuerde que comer es un acto de primera magnitud, cargado de simbolismo afectivo y social.

De forma general, podríamos decir que las características esenciales de un programa de alimentación, podrían ser:

1. Educar en alimentación y nutrición a la población, basándonos en la disponibilidad de alimentos, con especial insistencia en los productos autóctonos.
2. Transmitir mensajes educativos en la forma y contenido más adecuados para el grupo que los recibe. Es decir, aprender y hablar su lenguaje.
3. Emplear métodos activos procurando que los beneficiarios de los programas sean agentes del proceso educativo
4. Respetar las características culturales de la población.

Una experiencia que nos parece digna de mención, por su enfoque cultural, fue la realizada en el Principado de Asturias, en el pueblo marinero de San Juan de Arenas.

Previo conocimiento de los hábitos y consumo de alimentos de la población, se puso en marcha una Taller de cocina saludable para adultos, donde de forma práctica se instruyó sobre el modo de mejorar recetas propias de la región para que contribuyeran a promover la salud. El resultado fue altamente positivo.

Por lo tanto, y ya para terminar, mantener la Educación para la Salud desde una perspectiva cultural o repito, “no tradicional” nos permitirá en la mayoría de los casos que las personas muestren más cooperación en la adopción de comportamientos saludables, porque se sienten respetados y entendidos en su herencia cultural y modos de vida.

Muchas gracias.

LA EDUCACIÓN SOCIAL ANTE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

M^a Isabel Zamora Francisco

Ingeniero de Minas. Técnico superior en Prevención de Riesgos Laborales y Seguridad en el Trabajo e Higiene Industrial.

Entre las funciones a desarrollar por parte de educadores sociales y sociólogos, no es ajena la de la prevención de los riesgos laborales, dado que éstos se producen en el ámbito global de la sociedad y en el concreto de la actividad profesional, ya sea por cuenta propia o por cuenta ajena. Por eso, en esta intervención vamos a buscar una aproximación a esta problemática considerando algunos de los aspectos que hemos estimado como más relevantes de una realidad de la que no siempre somos conscientes de su magnitud. Pero, para que nos sirva de llamada de atención, baste con señalar cómo, por ejemplo, en el pasado año 1999, los naufragios colocaron a Galicia al frente de la siniestralidad laboral mortal. O que en el año 1998, entre leves, graves y mortales, Galicia totalizó 36.616 accidentes y en España se produjeron 752.882 siniestros de esta naturaleza.

Empecemos, pues, por establecer o definir algunos conceptos como el de seguridad o el de seguridad integral.

La Seguridad es una condición probabilística de consecución favorable de una acción, es decir, una medida complementaria del concepto de riesgo.

La Seguridad, como concepto operativo, comprende el conjunto de medidas que proporcionan protección frente a la ocurrencia de hechos accidentales con resultado negativo.

La Seguridad es el elemento indispensable para garantizar el alcance de los objetivos fijados en cualquier actividad o proyecto del ser humano.

La Seguridad Integral es la globalización de todos los aspectos que actúan frente al riesgo. Se basa en el logro de una mayor calidad, competitividad y productividad: eficacia y rentabilidad. Se puede utilizar como elemento estratégico para la mejora de aspectos sociales, industriales, comerciales y económicos de la empresa.

En la nueva actitud ante los accidentes de trabajo, han de verse implicadas e interrelacionadas la sociedad, la empresa, la política y la tecnología a través de la implementación de técnicas preventivas, técnicas asistenciales, técnicas reparadoras y técnicas recuperadoras.

Por su parte, los planos de observación han de referirse a lo humano, lo político, lo económico, lo filosófico, lo estratégico, lo social, lo legal, lo moral, lo científico y lo técnico.

Para darnos cuenta de la magnitud de la accidentabilidad en el mundo y en España, vamos a fijar nuestra atención en los datos de los tres cuadros siguientes:

Accidentes	Fallecidos	Coste Total (Billones de Pesetas)
Tráfico	1.000.000	320
Hogar	900.000	*
Homicidios	580.000	*
Guerras	500.000	*
Laborales	200.000	250
Incendios	60.000	30
Huracanes	50.000	1,4
Inundaciones	5.000	0,6
Terremotos	3.000	*
Marítimos	2.700	*

Cuadro nº 1 Importancia de los Accidentes a nivel Mundial (Año 1997)

Accidentes	Fallecidos	% PIB
Tráfico	5.483	3,4
Hogar	4.500	*
Laborales	1.454	3,4
Homicidios	1.032	*
Incendios	200	0,3
Terremotos	*	*
Guerras	*	*
Ferrocarril	108	
Aviación	48	
Marítimos	25	

Cuadro nº 2 Importancia de los Accidentes en España (Año 1997)

Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales	Año 1996 Valores Absolutos	Año 1997 Valores Absolutos
Total Accidentes	1.212.846	1.321.940
Accidentes con Baja	655.575	720.303
En Jornada de Trabajo	616.237	676.644
Leves	604.570	665.181
Graves	10.685	10.393
Mortales	982	1.070
In Itínere	39.338	43.669
Leves	36.815	41.139
Graves	2.201	2.136
Mortales	322	384
Accidentes sin Baja	557.271	601.637
Enfermedades Profesionales	7.244	8.700
Con Baja	7.069	8.440
Leves	6.885	8.275
Graves	183	164
Mortales	1	1
Sin Baja	175	260

Cuadro nº 3 Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales
Total Nacional

Por cuanto se refiere a las normativas legales en esta materia, cabe hacer referencia a la siguiente legislación:

- Legislación europea:
 - Directiva Marco: 89/391/CEE
- Legislación Española:
 - LPRL: 31/95 de 8 de noviembre.
 - R.D. (1997, 1998, 1999)
- Legislación Autonómica
- Ordenanzas Municipales

El Código Penal, en su artículo nº 316 establece:

“Los que, con infracción de las normas de Prevención de Riesgos Laborales y estando legalmente obligados, no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de forma que pongan así en peligro grave su vida, salud o integridad física, serán castigados con las penas de prisión de seis meses a tres años y multa de seis a doce meses...”.

La importancia de la Ley 31/95 radica en que:

- Las infracciones en materia de riesgos laborales se consideran delitos tipificados en el Código Penal.
- Se establecen delitos “de riesgo”, en el sentido de que no es necesario que se produzca el resultado lesivo para su existencia.
- La conducta es puramente por omisión: no facilitar los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas necesarias de seguridad e higiene adecuadas.

Para afrontar el trabajo con seguridad y prevenir y, en su caso, evitar el riesgo laboral, se ha de actuar desde dos dimensiones: la formación y la educación. Ambas tienen que ver con la naturaleza del trabajo y la persona que lo realiza, con el carácter mecánico (estático) y el dinámico (en constante cambio) y, por supuesto, con el conocer la tarea y la actitud ante el trabajo.

La formación en **seguridad** debe estar encaminada a desarrollar una actitud de la conducta humana frente a la seguridad.

El objetivo de la formación en Seguridad es la mejora en el comportamiento del trabajador en relación a su propio trabajo.

La formación debe estar incluida como estrategia empresarial en la gestión de la compañía.

En la LPRL aparece la necesidad de formación de los trabajadores frente a la prevención.

Formación: es un esfuerzo sistemático y planificado para modificar o desarrollar el conocimiento, las técnicas y las actitudes a través del aprendizaje y conseguir la actuación adecuada en una actividad o rango de actividades. Su propósito, en el mundo del trabajo, es capacitar al individuo para que pueda realizar convenientemente una tarea o trabajo determinado.

Educación: es un proceso orientado hacia el individuo para asimilar y desarrollar conocimientos técnicos y de comprensión de los factores que se relacionan no solo con un campo de actividad reducido sino que le permita definir, analizar y solucionar una amplia gama de problemas.

Fases de la Formación en Seguridad

1. Análisis de las necesidades.

- Búsqueda y detección de problemas
- Análisis y evaluación de las causas de los problemas
- Análisis de las necesidades de formación.

Técnicas para la detección de necesidades:

La observación, entrevistas, encuestas, reuniones, evaluación de riesgos, análisis de accidentes e incidentes, demandas de los trabajadores, demandas de los mandos,...

2. Planificación inicial

- Analizar las responsabilidades y apoyo con los que se cuenta.
- Contar con un equipo de planificación que identifique riesgos.
- Definir los fines y objetivos.

3. Proyecto / Diseño del programa

Los educadores deben transmitir de forma atractiva unas ideas para motivar a su audiencia en materia de seguridad.

Estrategia del programa (video, megafonía, radio, ...)

4. Ejecución del programa / Materialización

El Plan de Formación debe ser muy concreto, sin ambigüedades. Debe contar con el personal y las entidades adecuadas y autorizaciones pertinentes.

Contemplará:

Declaración de necesidades.

Objetivos

Formato

Medios humanos, Medidas didácticas.

Presupuesto.

5. Evaluación y control.

Revisión periódica y mejora de deficiencias

Referencias bibliográficas:

- Head, George L. (1989) Essentials of Risk Control. Malvern
- Fundación Mapfre Estudios. (1995) Instrucción técnica de seguridad integral. Instituto de Seguridad Integral, Ed. Mapfre.
- Vernon L Grose (1989) Managing Risk: Sistematic Loss Prevention for Executives. Prentice may.
- Fremap (1995) Nueva normativa para prevención de riesgos laborales. Aplicación práctica. Madrid
- www.mtas.es – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid